

海外渡航・その他のワクチン予防接種予診票

※接種希望の方は、太ワク内にご記入ください。

診察前の体温： 度 分

住 所	〒 -	電話（ ） -		
	フリガナ	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日生 (歳 ヲ月)
	受ける人の氏名			
	(保護者の氏名)			

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか？(当日説明文をお渡しします)	はい	いいえ	
今日、体の具合の悪いところがありますか？ 具体的な症状：	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか？ 病名：	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方は いましたか？ 病名：	はい	いいえ	
最近1か月以内に他の予防接種を受けましたか？ 予防接種名：	はい	いいえ	
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、その他)に かかったことはありますか？ 病名：	はい	いいえ	
その病気を診ている医師に今日の予防接種を受けて良いと言われていますか？	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？ () 歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱はでましたか？	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか？ 予防接種名および症状：	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全を診断されている方はいますか？	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか？	はい	いいえ	
最近6か月以内に輸血またはガンマグロブリンの注射を受けましたか？	はい	いいえ	
【女性の方に】妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？	はい	いいえ	
【麻しん風しん、おたふく、水痘ワクチン接種の女性の方に】 接種後約2ヵ月間の避妊の必要性について理解しましたか？	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか？	はい	いいえ	

医師の記入欄	
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）	医師の署名：
本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、 接種を希望しますか。(接種を希望します・接種を希望しません)	本人の署名(もしくは保護者の署名)
--	-------------------

ワクチン	商品名	Lot NO.	用法用量	接種部位
乾燥組織培養不活化 A型肝炎ワクチン	エイムゲン		筋肉内・皮下注射 0.5mL	左・右
組換え沈降 B型肝炎ワクチン	ビームゲン注 <u>0.25mL</u> (10歳未満)		皮下注 0.25mL	左・右
	ビームゲン注0.5mL		筋肉内・皮下注射 0.5mL	左・右
乾燥組織培養不活化 狂犬病ワクチン	ラビピュール筋注用		筋肉内注射 1.0mL	左・右
精製Vi多糖体 腸チフスワクチン	タイフィム プイアイ注シリンジ		筋肉内・皮下注射 0.5mL	左・右
沈降破傷風トキソイド	沈降破傷風トキソイド「生研」		筋肉内・皮下注射 0.5mL	左・右
乾燥細胞培養 日本脳炎ワクチン	ジェービックV		皮下注 0.25mL・0.5mL	左・右
			筋肉内・皮下注射 mL	左・右
			筋肉内・皮下注射 mL	左・右
			筋肉内・皮下注射 mL	左・右
			筋肉内・皮下注射 mL	左・右
			筋肉内・皮下注射 mL	左・右

実施場所・医師名・接種日時			
実施場所：北海道社会事業協会小樽病院			
医 師 名：			
接種日時：	年	月	日